



اعتقادات پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت در خصوص هپاتیت ب: کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی

نویسندگان: عباسعلی دهقانی تفتی^۱ زهرا فرزانه^۱ محمد علی مروتی شریف آباد^۲ اعظم محمدلو^۴ مهدی میرزایی علویجه^۵

۱. مربی گروه مبارزه با بیماریها، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲. کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳. دانشیار گروه مبارزه با بیماریها، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۵. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی شهید صدوقی یزد تلفن: ۰۹۱۳۳۰۹۳۴۸۳ Email: mehdimirzaiea@yahoo.com

چکیده

مقدمه: حدود دو و نیم میلیون نفر در ایران به هپاتیت ب، به عنوان دومین علت شایع هپاتیت حاد، مبتلا می باشند. پرسنل گروه پزشکی و افرادی که با خون و مایعات بدن بیماران سر و کار دارند بیش از جمعیت عادی در معرض خطر بوده و به بیماری مبتلا می شوند. لذا پیشگیری در این گروه حائز اهمیت است. یکی از مدل‌های تغییر رفتار در آموزش بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی است که روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد. این مطالعه با هدف تعیین اعتقادات پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت در خصوص هپاتیت ب بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی و به روش مقطعی بود که در آن تعداد ۳۵۱ نفر از پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت به روش سرشماری، وارد مطالعه شدند. اطلاعات توسط پرسشنامه جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش هجدهم و با کمک آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی چون ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه و تی تست مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه میانگین سن شرکت کنندگان $۸/۱۳ \pm ۳۵/۰۳$ سال بود. میانگین نمره کسب شده در هر یک از سازه‌ها عبارتند از: آگاهی $۱۱/۷۳ \pm ۲/۶۷$ (محدوده نمره ۰-۱۴)، حساسیت درک شده $۱۵/۴۱ \pm ۳/۱$ (محدوده نمره ۰-۲۰)، شدت درک شده $۲/۸۴ \pm ۱۵/۱۷$ (محدوده نمره ۰-۵)، منافع درک شده $۱۲/۵۹ \pm ۳/۴۹$ (محدوده نمره ۰-۳)، موانع درک شده $۲/۶ \pm ۱۰/۶۸$ (محدوده نمره ۰-۴) و راهنما برای عمل $۲/۶۶ \pm ۱/۳۵$ (محدوده نمره ۰-۴). در این مطالعه همبستگی مستقیمی میان حساسیت درک شده و آگاهی ($P < ۰/۰۰۱$)، $T = ۰/۴۹۸^{**}$ وجود داشت. ارتباط آماری معناداری میان سطح تحصیلات با میانگین نمره آگاهی ($P < ۰/۰۰۱$)، حساسیت درک شده ($P < ۰/۰۰۱$)، منافع درک شده ($P = ۰/۰۲$) و راهنما برای عمل ($P = ۰/۰۳۶$) مشاهده شد. همچنین میان محل کار شرکت کنندگان در مطالعه و میانگین نمره آگاهی ($P = ۰/۰۲۸$)، شدت درک شده ($P = ۰/۰۰۱$)، منافع درک شده ($P < ۰/۰۰۱$) و راهنما برای عمل ($P < ۰/۰۰۱$) ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: عقاید شرکت کنندگان در سطح قابل قبولی قرار داشت. با توجه به وجود شرایط مخاطره آمیز متعدد پیرامون این افراد، اهمیت و ضرورت آموزش مداوم در خصوص پیشگیری و مقابله با انتقال این بیماری در کارکنان بخش سلامت احساس می شود. از این رو، آموزش مداوم آشنایی با مسائل و نحوه برخورد با بیماران و مراقبت از آنان پیشنهاد می گردد.

واژه‌های کلیدی: هپاتیت ب، الگوی اعتقاد بهداشتی، پرسنل بهداشتی درمانی.

طلوع بهداشت

میترا علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال سیزدهم

شماره: اول

فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳

شماره مسلسل: ۴۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۱۱/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۲۵

**مقدمه**

ویروس هیپاتیت ب عامل ایجاد اکثریت عفونت های حاد و مزمن، سیروز کبدی و کارسینوم سلولار کبدی در سطح جهان است (۱). هیپاتیت ب دومین علت شایع هیپاتیت حاد است (۲). هیپاتیت ب به عنوان یکی از انواع هیپاتیت های ویرال، بیش از ۳۵۰ میلیون ناقل در جامعه جهانی دارد (۳). در حدود ۹۰ درصد از حاملین این بیماری در کشورهای کمتر توسعه یافته می باشند. از این میان حدود هفتاد و پنج درصد در کشورهای آسیایی زندگی می کنند (۴،۵). حدود هشتاد درصد از عفونت های ویروس هیپاتیت ب تشخیص داده نمی شوند (۶). شایع ترین علت هیپاتیت حاد و مزمن در بزرگسالان و شایع ترین علت سیروز کبدی و کارسینوم هپاتوسلولار در ایران نیز ویروس هیپاتیت ب می باشد (۷). ایران از نظر آندمیسته عفونت مزمن هیپاتیت ب در زمره کشورهای با شیوع متوسط قرار دارد (۱). به عبارت دیگر، در کشور ایران حدود دو و نیم میلیون نفر و سه درصد کل جامعه آنتی ژن مثبت هستند (۲). شصت درصد موارد عفونت هیپاتیت ب به حالت مزمن درآمده و احتمال انتقال و گسترش آن در جامعه افزایش می یابد (۸). انسان تنها مخزن ویروس هیپاتیت ب بوده و ویروس در خون، مدفوع، ادرار، صفرا، عرق، اشک، بزاق، منی، شیر، ترشحات واژینال، مایع مفصلی، خون بند ناف و مایع مغزی نخاعی قابل شناسایی است. انتقال از طریق جنسی، تماس اتفاقی با سوزن در کارکنان پزشکی، همودیالیز، سوزن مصرفی در معتادان تزریقی، وسایل دندانپزشکی، دریافت خون و فرآورده های خونی، خال کوبی، طب سوزنی، حجامت، سوراخ کردن گوش، گازگرفتگی و نیز مادر به جنین

صورت می گیرد (۹-۱۱). روش اصلی ابتلا به هیپاتیت ب در کشورهای با شیوع پایین آلودگی به هیپاتیت ب از طریق روابط جنسی ناسالم یا تزریقات داخل وریدی مواد مخدر می باشد (۱۲-۱۶). مهم ترین راه های پیشگیری از این بیماری در جامعه آموزش های لازم به گروه های در معرض خطر، واکسیناسیون و ایمن سازی غیرفعال می باشد (۱۷). پرسنل گروه پزشکی و افرادی که با خون و مایعات بدن بیماران سر و کار دارند، در معرض خطر بوده و بیش از جمعیت عادی به بیماری مبتلا می شوند. به دنبال صدمات ناشی از سر سوزن و اشیاء تیز، خطر ابتلا به هیپاتیت ب سی و سه در صد می باشد (۱۸). مطالعات متعددی نشان داده که در بین کارکنان کادر پزشکی، کارکنان آزمایشگاه ها از بقیه آلوده تر بوده اند و مثبت بودن آزمایش های سرمی آنان نسبت به سایر کارکنان بهداشتی بین ۲ تا ۲۷ برابر بوده است (۱۹). مطالعات نشان داده خطر مواجهه با این عفونت در دندانپزشکان عمومی غیر ایمن در حدود سه تا چهار و در متخصصان جراحی غیر ایمن شش برابر بیشتر از سایر افراد است (۱۰،۲۰). لذا پیشگیری از هیپاتیت ب خصوصاً در گروه های پر خطر مثل کارکنان بهداشتی حائز اهمیت است (۳). با توجه به حقایق مطرح شده در مطالب فوق، برای تبیین و توضیح اعتقادات پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت در خصوص هیپاتیت ب می توان از الگوها و نظریه هایی که راهنمایی برای فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هستند بهره گرفت (۲۲). لذا در این مطالعه از چارچوب تئوریک الگوی اعتقاد بهداشتی که در ذیل توضیح داده شده است استفاده شد. یکی از مدل های تغییر رفتار در آموزش بهداشت الگوی اعتقاد بهداشتی



اطلاعات شرکت کنندگان در خصوص سن (بر حسب سال)، جنس، میزان تحصیلات (دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر)، سابقه کار (بر حسب سال)، شغل (بهداشتی، درمانی، آموزشی و اداری مالی) و محل کار (ستاد، بیمارستان، مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت، پایگاه بهداشت) را مورد ارزیابی قرار می‌داد. بخش دوم سؤالات و گویه‌های مربوط به سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل: آگاهی با هفت سؤال با دامنه نمرات از صفر تا چهارده برای مثال «آیا هیاتیت ب می‌تواند از طریق تماس جنسی با یک فرد آلوده به هیاتیت ب انتقال یابد؟»، حساسیت درک شده با چهار گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸) و دامنه نمرات از چهار تا بیست برای مثال «هیچ کس در جامعه از نظر خطر ابتلا به هیاتیت ب مصون نیست»، شدت درک شده با پنج گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲) و دامنه نمرات از پنج تا بیست و پنج برای مثال «بیماری هیاتیت ب بیماری خطرناکی است.»، منافع درک شده با سه گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹) و دامنه نمرات سه تا پانزده برای مثال «پیشگیری از هیاتیت ب موجب سلامتی فرد می‌شود»، موانع درک شده با چهار گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۱) و دامنه نمرات چهار تا بیست برای مثال «پیشگیری از هیاتیت ب هزینه بر است.» و راهنما برای عمل با چهار سؤال و دامنه نمرات صفر تا چهار برای مثال «آیا تا به حال در کلاس‌های آموزشی بیماری هیاتیت ب شرکت کرده‌اید؟». گویه‌های مربوط به سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده الگوی فوق به سبک پرسشنامه‌های لیکرت و با مقیاس پاسخ دهی پنج امتیازی به صورت کاملاً موافقم

است. این الگو بر روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد و تغییر در اعتقادات منجر به تغییر در رفتار می‌شود. بر اساس این الگو، به منظور اتخاذ عملکردهای پیشگیری کننده، لازم است افراد نخست در برابر مسئله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خود را درک کنند (شدت درک شده)، علائم مثبتی از محیط اطراف یا محیط داخلی خود در یافت کنند (راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن پیشگیری را باور نمایند (منافع درک شده) و عوامل باز دارنده از اقدام به عمل را نیز کم هزینه‌تر از فواید آن ببینند (موانع درک شده) تا در نهایت به عملکرد پیشگیری اقدام کنند (۲۳). این مطالعه نیز با هدف بررسی اعتقادات پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت در خصوص هیاتیت ب بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی از نوع مقطعی بود. جامعه مورد بررسی، تمامی پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت بودند و نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و به طور کلی تعداد ۳۵۱ نفر وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه سی و سه سؤالی محقق ساخته با روایی و پایایی معتبر بود که روایی آن توسط پانل خبرگان شامل دو نفر دانشیار و استاد متخصص آموزش بهداشت و پایایی آن در یک پیش مطالعه در میان چهارده نفر از افراد مشابه نمونه انتخابی با محاسبه آلفا کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت و در دو بخش شامل: بخش اول اطلاعات دموگرافیک، این قسمت دارای شش سؤال بود که



جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

نام متغیر	بر حسب	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۵۵	۴۴/۳
	زن	۱۹۵	۵۵/۷
تحصیلات	دیپلم	۹۶	۲۷/۴
	فوق دیپلم	۵۱	۱۴/۶
	لیسانس	۱۶۴	۴۶/۹
	پزشک، فوق لیسانس و بالاتر	۳۹	۱۱/۱
گروه شغلی	بهداشتی	۱۳۹	۳۹/۷
	درمانی	۱۶۳	۴۶/۶
	آموزشی	۴	۱/۱
محل کار	اداری مالی	۴۴	۱۲/۶
	ستاد	۵۴	۱۵/۴
	بیمارستان	۱۸۶	۵۳/۱
	مرکز بهداشتی درمانی	۵۹	۱۶/۹
	خانه بهداشت	۵۰	۱۴/۳
	پایگاه بهداشت	۱	۰/۳

سازه‌های آگاهی ($P < 0/001$)، حساسیت درک شده ($P < 0/001$)، منافع درک شده ($P = 0/02$)، راهنماها برای عمل ($P = 0/036$) رابطه آماری معناداری وجود داشت و در ادامه آزمون تعقیبی Bonferroni مشخص نمود در قسمت آگاهی گروه تحصیلی پزشکی، فوق لیسانس و بالاتر به شکل معناداری از آگاهی بیشتری نسبت به گروه فوق دیپلم و لیسانس ($P < 0/001$) برخوردار بودند، و در قسمت حساسیت درک شده گروه تحصیلی پزشکی، فوق لیسانس و بالاتر به شکل معناداری از حساسیت درک شده بالاتری نسبت به گروه فوق دیپلم و لیسانس ($P < 0/001$) برخوردار بودند، و در قسمت راهنماها برای عمل گروه تحصیلی پزشکی، فوق لیسانس و بالاتر به شکل معناداری بالاتر از گروه دیپلم و فوق

تا کاملاً مخالفم بود. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارش دهی توسط کلیه پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت تکمیل گردید. همچنین آزمودنی‌های پژوهش در زمینه چگونگی انجام، محرمانه بودن اطلاعات و هدف از انجام مطالعه توجیه شده و تمامی آنان با تمایل وارد مطالعه شدند. در پایان داده‌های جمع آوری شده وارد نرم افزار آماری SPSS ویرایش هجدهم شده و با کمک آمار توصیفی و آزمون‌های پارامتریک تحلیلی چون ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه، تی تست مستقل و آنالیز رگرسیون خطی در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج این پژوهش نشان داد میانگین سن شرکت کنندگان $35/03 \pm 8/13$ ، ۱۵۵ نفر (۴۴/۳ درصد) مرد، ۱۶۴ نفر دارای سطح تحصیلات لیسانس (۴۶/۹ درصد)، ۱۶۳ نفر (۴۶/۶ درصد) در حیطه درمان مشغول به فعالیت، ۱۸۶ نفر (۵۳/۱ درصد) شاغل در بیمارستان و میانگین سابقه کار در پست فعلی کارکنان برابر با $9/30 \pm 8/15$ بود (جدول ۱).

میانگین نمره آگاهی $11/73 \pm 2/67$ ، حساسیت درک شده $15/41 \pm 3/1$ ، شدت درک شده $15/17 \pm 2/84$ بود (جدول ۲). میان حساسیت درک شده و آگاهی کارکنان ($P < 0/001$ ، $r = 0/498^{**}$) همبستگی معنادار و مستقیمی وجود داشت (جدول ۳). میان جنسیت شرکت کنندگان و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی ارتباط معناداری مشاهده نشد. میان سطح تحصیلات و میانگین نمره



مطالعه پیش بینی کننده ۱/۲٪ تغییرات حساسیت درک شده (P=۰/۰۳۹)، ۱/۴٪ تغییرات شدت درک شده (P=۰/۰۲۸)، ۲/۱٪ تغییرات منافع درک شده (P=۰/۰۰۳) بود. آگاهی پیش بینی کننده ۲/۴٪ تغییرات حساسیت درک شده (P<۰/۰۰۱)، ۳۵/۵٪ تغییرات منافع درک شده (P<۰/۰۰۱)، ۵/۹٪ تغییرات موانع درک شده (P<۰/۰۰۱) و ۱۰/۸٪ تغییرات راهنماها برای عمل (P<۰/۰۰۱) بود. حساسیت درک شده پیش بینی کننده ۳/۶٪ تغییرات شدت درک شده (P<۰/۰۰۱)، ۴۵/۴٪ تغییرات منافع درک شده، ۶/۹٪ تغییرات موانع درک شده (P<۰/۰۰۱) و ۱۸/۱٪ تغییرات راهنماها برای عمل (P<۰/۰۰۱) بود. شدت درک شده پیش بینی کننده ۲٪ تغییرات منافع درک شده (P=۰/۰۰۹) و ۵/۷٪ تغییرات موانع درک شده (P<۰/۰۰۱) بود. منافع درک شده پیش بینی کننده ۷/۶٪ تغییرات موانع درک شده (P<۰/۰۰۱) و ۲۳/۱٪ تغییرات راهنماها برای عمل (P<۰/۰۰۱) بود. موانع درک شده پیش بینی کننده ۶/۸٪ تغییرات راهنماها برای عمل (P<۰/۰۰۱) بود.

دیپلم (P<۰/۰۰۱) برخوردار بودند. همچنین در قسمت آگاهی، حساسیت درک شده، منافع درک شده و راهنماها برای عمل گروه تحصیلی پزشکی، فوق لیسانس و بالاتر، در قسمت شدت درک شده گروه تحصیلی فوق دیپلم و در قسمت موانع درک شده گروه تحصیلی لیسانس از میانگین نمره بالاتری برخوردار بودند. جدول ۲ نتایج حاصل از آزمون آماری آنالیز واریانس یکطرفه را میان گروه شغلی شرکت کنندگان و میانگین نمره ساختارهای الگوی اعتقاد بهداشتی را نمایش می‌دهد. همچنین میان محل کار شرکت کنندگان در مطالعه و میانگین نمره سازه‌های آگاهی (P=۰/۰۲۸)، شدت درک شده (P=۰/۰۰۱)، منافع درک شده (P<۰/۰۰۱) و راهنماها برای عمل (P<۰/۰۰۱) ارتباط آماری معناداری وجود داشت. سازه‌های آگاهی در کارکنان مرکز بهداشتی و درمانی، حساسیت درک شده و موانع درک شده در کارکنان ستاد، شدت درک شده در بیمارستان، منافع درک شده در خانه بهداشت و راهنماها برای عمل در خانه بهداشت دارای بیشترین نمره کسب شده بودند. آزمون رگرسیون نشان داد سن شرکت کنندگان در

جدول ۲: میانگین نمره سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب شغل شرکت کنندگان در مطالعه

سازه	بهداشتی		درمانی		آموزشی		اداری مالی		جمع		معناداری
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
آگاهی	۲/۱۱	۱۲/۰۱	۳/۰۲	۱۳/۵	۱	۱۱/۲۲	۲/۸۳	۱۱/۷۳	۲/۶۷	۱۱/۷۳	۰/۱۴۶
حساسیت درک شده	۲/۶۵	۱۵/۵۲	۳/۴۸	۱۸	۲/۷	۱۵/۵	۲/۹۳	۱۵/۴۱	۳/۱	۱۵/۴۱	۰/۳۲۱
شدت درک شده	۲/۹۵	۱۴/۵	۲/۶۴	۱۵	۲/۱۶	۱۵/۵۲	۲/۸۸	۱۵/۱۷	۲/۸۴	۱۵/۱۷	۰/۰۰۴
منافع درک شده	۲/۴۳	۱۳/۳۵	۲/۲۸	۱۳/۷۵	۱/۸۹	۱۳/۴۳	۲/۲	۱۲/۵۹	۳/۴۹	۱۲/۵۹	<۰/۰۰۱
موانع درک شده	۲/۵۶	۱۰/۷۱	۲/۶	۱۱/۲۵	۱/۵	۱۰/۷۷	۲/۸۵	۱۰/۶۸	۲/۶	۱۰/۶۸	۰/۹۴۴
راهنما برای عمل	۱/۱۱	۳/۱	۲/۵۲	۲/۷۵	۱/۲۵	۱/۸۴	۱/۲۳	۲/۶۶	۱/۳۵	۲/۶۶	<۰/۰۰۱



جدول ۳: ماتریکس همبستگی میان سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و سن و سابقه کار شرکت کنندگان در مطالعه

سن	سابقه کار	آگاهی	حساسیت	شدت	منافع	موانع	راهنماها
سن	۱						
سابقه کار	۰/۷۲۳**	۱					
آگاهی	-۰/۰۰۲	-۰/۰۱۲	۱				
حساسیت	۰/۱۱۰*	-۰/۰۵۳	۰/۴۹۸**	۱			
شدت	-۰/۱۱۷*	۰/۱۵۹**	-۰/۰۵۶	-۰/۱۸۹**	۱		
منافع	۰/۱۵۶**	۰/۱۵۶**	۰/۵۹۶**	۰/۶۷۴**	-۰/۱۴۰**	۱	
موانع	۰/۰۱۴	۰/۵۴	-۰/۲۴۱**	-۰/۲۶۱**	۰/۲۳۸**	-۰/۲۷۵**	۱
راهنماها	۰/۰۶۸	۰/۰۸۶	۰/۳۲۹**	۰/۴۲۶**	-۰/۰۶۶	۰/۴۸۱**	-۰/۲۶۰**

** P < ۰/۰۵ * P < ۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

شرکت متوسط و نیمی دیگر کمتر از متوسط بوده است. شیری (۲۷) نیز میزان آگاهی پرسنل بخش همودیالیز بیمارستان‌های شهر تهران را در رابطه با پیشگیری از هیاتیت ب ۵۳/۸ درصد بیان کرد. در پژوهش ذبیحی و همکاران (۲۸) میزان آگاهی خوب آرایشگران در خصوص هیاتیت ب ۳۲/۵ درصد گزارش شد که در مقایسه با مطالعه حاضر بسیار پایین بوده است. همچنین در بررسی Wiecha (۲۹) میزان آگاهی نوجوانان مهاجر آمریکایی نسبت به بیماری هیاتیت ب پایین بوده و در مطالعه Latorre و همکاران (۳۰) میزان آگاهی دانش آموزان دبیرستان راجع به بیماری هیاتیت ب رضایت بخش نبود و نیاز به آموزش را متذکر شده بود. در مطالعه حبیبی و همکاران (۳۱) که به تعیین میزان آگاهی کارکنان خدمات بهداشتی- درمانی پرداختند، نشان دادند که هیچ یک از موارد مورد بررسی از آگاهی خوبی نسبت به هیاتیت ب برخوردار نبودند. در مطالعه اسلامی (۳۲) نیز ۷۰ درصد از افراد مورد پژوهش از عوارض بیماری، آگاهی صحیحی نداشتند. در مطالعه شهباز (۳۳) نیز میزان آگاهی در مورد راه‌های

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد شرکت کنندگان در حیطه آگاهی با کسب میانگین نمره $11/73 \pm 2/67$ به میزان ۸۳/۷۸ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند. در مطالعه Paul و همکاران (۲۴) در کارکنان مراقبت بهداشت دهان و دندان عربستان میزان آگاهی آنان در زمینه هیاتیت ب را ناکافی دانستند و به لزوم انجام آموزش تأکید کرده‌اند. در مطالعه دیگری که توسط کاکویی و همکاران (۲) در میان داندانپزشکان دارای مطب شهر کرمان انجام شده بود میزان آگاهی آنان را در سطح خوبی ارزیابی شد و شرکت کنندگان ۷۷/۷۱ درصد حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نموده بودند. در مطالعه نظری و همکاران (۲۳) میزان آگاهی اکثریت واحدهای پژوهش اعم از ماما و دانشجوی مامایی در سطح متوسط بود. در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۵ در کشور کره انجام گرفت (۲۵) میزان آگاهی پرسنل درمورد راه‌های پیشگیری از ابتلا به هیاتیت ب را ناکافی دانستند. بهزادی و همکاران (۲۶) نیز در پژوهشی بر روی پرسنل پرستاری نشان دادند میزان آگاهی نیمی از



مقدم (۳۹) میزان حساسیت درک شده دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز ۶۶/۲۱ در صد کل امتیاز قابل اکتساب بود. شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از حساسیت درک شده بالاتری در مقایسه با مطالعات مشابه در این زمینه برخوردار بودند. در بخش سازه شدت درک شده شرکت کنندگان با کسب میانگین نمره $۱۵/۱۷ \pm ۲/۸۴$ به میزان ۶۰/۶۸ در صد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند، و حساسیت درک شده آن‌ها در رابطه با بیماری هپاتیت ب و پیشگیری از آن در سطح متوسطی بود. در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۴۰) میزان خطر درک شده مدیران بهداشتی در خصوص هپاتیت ب بسیار بالا بوده و توانستند ۹۷/۳۱ درصد از نمره کل قابل اکتساب را کسب کنند. در حالی که در مطالعه دیگر باقیانی مقدم (۳۹) میزان شدت درک شده دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز ۵۱/۹۵ درصد کل امتیاز قابل اکتساب بود. شرکت کنندگان در سازه منافع درک شده با کسب میانگین نمره $۱۲/۵۹ \pm ۳/۴۹$ به میزان ۸۳/۹۳ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند، که در سطح قابل قبولی بود. در مطالعه باقیانی مقدم (۳۹) میزان منافع درک شده دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز ۷۵/۴۱ درصد کل امتیاز قابل اکتساب بود، که در مقایسه با مطالعه حاضر در سطح پایین‌تری قرار داشته است. شرکت کنندگان در سازه موانع درک شده با کسب میانگین نمره $۱۰/۶۸ \pm ۲/۶$ به میزان ۵۳/۴ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند، و موانع درک شده آن‌ها در رابطه با بیماری هپاتیت ب و پیشگیری از آن در سطح نسبتاً پایینی بود. در مطالعه باقیانی مقدم (۳۹) میزان منافع

پیشگیری و انتقال هپاتیت در دندانپزشکان شهر یزد را ۱۴/۸ درصد و ۲۰ درصد اعلام کردند. در مطالعه Tibdewal (۳۴) تقریباً ۸۵ درصد از دانشجویان پزشکی در مقایسه با ۷۵ درصد از دانشجویان دندانپزشکی از خطرات ناشی از بیماران عفونی آگاهی داشتند. در مطالعه Jokhio (۳۵) میزان آگاهی آرایشگران در مورد راه‌های انتقال بیماری هپاتیت ب بسیار پایین بوده و تنها ۳۶/۶ درصد آگاهی داشتند. در مطالعه احمدی و همکاران (۳۶) که در میان کارکنان خدماتی بیمارستان آموزشی لبافی نژاد در مورد هپاتیت ب انجام شد میزان آگاهی آنان را در حد متوسط اعلام نمودند. به نظر می‌رسد شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از آگاهی مطلوبی نسبت به دیگر مطالعات مشابه در این زمینه برخوردار بودند. در بخش سازه حساسیت درک شده شرکت کنندگان با کسب میانگین نمره $۱۵/۴۱ \pm ۳/۱$ به میزان ۷۷/۱۵ در صد حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند، و در سطح قابل قبولی از حساسیت درک شده در رابطه با بیماری هپاتیت ب و پیشگیری از آن قرار داشتند. در پژوهش احمدی و همکاران (۳۶) میزان نگرش کارگران خدماتی بیمارستان آموزشی لبافی نژاد در مورد هپاتیت ب در سطح خوب گزارش شد. در مطالعه Razi (۳۷) میزان نگرش دانشجویان در ارتباط با هپاتیت ب و سی در سطح پایینی گزارش شد. در مطالعه Grace (۳۸) میزان حساسیت درک شده مهاجرین ویتنامی در خصوص هپاتیت ب و واکسیناسیون علیه آن در حد متوسطی گزارش گردید. در مطالعه حبیبی و همکاران (۳۱) میزان نگرش آرایشگران مرد در خصوص بیماری هپاتیت ب در سطح ۸۰ درصد گزارش گردید. همچنین در مطالعه باقیانی



آشنایی با مسائل و نحوه برخورد با بیمار و مراقبت از آنان پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد با شماره ۲۱۳۴ مورخه ۱۳۹۰/۰۷/۲۵ می‌باشد و با حمایت مالی معاونت پژوهشی انجام شده است که بدین وسیله از مسئولین مربوطه و تمامی پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت که در این مطالعه شرکت کرده و با این گروه همکاری داشتند نهایت قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

درک شده دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز ۵۹/۰۶ درصد کل امتیاز قابل اکتساب بود، که در مقایسه با مطالعه حاضر در سطح بالاتری قرار داشته است. شرکت کنندگان مطالعه حاضر در سازه راهنما برای عمل با کسب میانگین نمره $2/66 \pm 1/35$ به میزان ۶۶/۵ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد عقاید پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان تفت در خصوص بیماری هپاتیت ب در سطح قابل قبولی قرار داشته ولی با توجه به اهمیت و ضرورت آموزش مداوم در خصوص پیشگیری و مقابله با انتقال بیماری در کارکنان بخش سلامت به علت وجود شرایط مخاطره آمیز متعدد پیرامون این افراد، آموزش مداوم از طریق برگزاری دوره‌های بازآموزی و

References

- 1-Habibian R. Safety Evaluation of hepatitis B vaccine in medical practitioners. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2002; (5) 0.1: 41-6.
- 2-Kakouee Sh, Sheibani GH, MohammadAlizadeh S. knowledge and practice About Hepatitis B of dentists with offices in Kerman in 1383. Dental Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2007: 593-99.
- 3-Azarhoush R, Borghei N, Vakeelee A, Latifi K. Serological immune status of teaching hospitals in Gorgan against hepatitis B virus in 1382. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2006; 8 (1): 36-44.
- 4-Paul T, Maktabi A, Almas K, Saeed S. Hepatitis B Awareness and Attitudes amongst Dental Health Care Workers in Riyadh, Saudi Arabia. Odontostomatol-Trop 1999; 86:9-12.
- 5-Nazaree M, Pakgoohar M, Geranmayeh M. Prevention of hepatitis B infection in hospitals midwives and midwifery students in Tehran University of Medical Sciences 2002. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2005; 24 (2): 165-71.
- 6-Goebel Wm. Reliability of Medical History in Identifying Patients Likely To Place Dentists at an Increased Hepatitis Risk. J Am Dent Assoc 1979; 98: 907-13.



- 7-Barati M, Eshaghi MA, Borji S. Evaluation of Awareness Level of High School Students of Meshkindasht (in Karaj) about Transmission and Prevention Ways of Hepatitis B. *journal of Iran university of science* 2005; 12(46): 249-54.
- 8-Daryani F, Sharifi M, VahidShahi K. Surveying the association between HBS-Ab and time elapsed following vaccination in patients with Thalassemia Major, Booali Hospital in 2001. *Pejouhandeh* 2003; 33(8): 203-5.
- 9-Zanetti AR. Update on hepatitis B vaccination in Italy 10 years after its implantation. *Vaccine* 2001; 19: 2380-3.
- 10-Roggendorf M, Viazov S. Health care worker and hepatitis B. *J. Hepatol* 2003; 39: 589-92.
- 11-Risshitelli G, Harris J, MacCauley L, Gershon R, Guidott T. The risk of acquiring hepatitis B or C among public safety workers: A systemic review. *Am. J. Pre. Med* 2001; 20(4): 299-306.
- 12-Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *J Viral Hep* 2004; 11: 97-107.
- 13-Atkins M, Nolan M. Sexual transmission of hepatitis B. *Curr Opin Infect Dis* 2005; 18: 67-72.
- 14-Fisker N, Pedersen C, Lange M. Molecular epidemiology of hepatitis B virus infections in Denmark. *J Clin Virol* 2004; 31: 46-52.
- 15-Craine N, Walker AM, Williamson S. Hepatitis B and hepatitis C seroprevalence and risk behaviour among community-recruited drug injectors in North West Wales. *Commun Dis Public Health* 2004; 7: 216-9.
- 16-Alter MJ, Hadler SC, Margolis HS. The changing epidemiology of hepatitis B in the United States. Need for alternative vaccination strategies. *JAMA* 1990; 263: 1218-22.
- 17-Wiecha JM. Differences in knowledge of hepatitis B among Vietnames, African-American, Hispanic and white adolescents in Worcester's, Massachusetts. *Pediatrics* 1999; 104(2): 1212-16.
- 18-Roberts C. Universal precaution: improving the Knowledge of trained nurses. *British Journal of Nursing* 2000; 9(1): 43-7.
- 19-Leers WD, Kouroupis GM. Prevalence of hepatitis in hospital personnel. *Can Med Assoc j* 1975; 113: 844-7.
- 20-Polakoff S, Tillet H. Acute Viral Hepatitis B: Laboratory Reports 1975-9. *B Dent J* 1982; 284: 1881-2.
- 21-Cottone J, Molinari J. Hepatitis B Vaccine: An Update. *J Calif Dent Assoc* 1989; 17: 11-12.



- 22-Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In Glanz k, Lewis FM, Rimer BK (Editors). Health Behavior and Health Education theory, Research and practice. 2nd Edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2002: 45-62.
- 23-Jalilian F, Motlagh F, Solhi M, Gharibnavaz H. Effectiveness of self-management promotion educational program among diabetic patients based on health belief model. Journal of education and health promotion 2014;3(14):75-9.
- 24-Paul T, Maktabi A, Almas K, Saeed S. Hepatitis B Awareness and Attitudes amongst Dental Health Care Workers in Riyadh, Saudi Arabia. Odontostomatol-Trop 1999; 86:9-12.
- 25-Lynne EK, Bradley AE, Rodneyl P, Donna BJ, Sunitamutha VJ. Compliance with universal precaution among emergency department personal implications for prevention programs. A J I C 1999; 27(5):453-5.
- 26-Behzadi AR. Hamedan teaching hospitals to investigate nurses' knowledge about hepatitis B transmission routes. Hamedan University of Medical Sciences 2000: 68-66.
- 27-Shiree H. Knowledge, attitude and practice of preventing hepatitis B in hemodialysis units in teaching hospitals affiliated with medical universities in Tehran Pesticides. [MSc Thesis], Shahid Beheshti University of medical sciences 1994, 1-10.
- 28-Zabihi A, Hajian K. Effect of health education program on knowledge, attitudes and preventive behaviors regarding hepatitis B barbers in Babol. Hormozgan Medical Journal 2003; 8(3):133-8.
- 29-Wiecha JM. Differences in knowledge of hepatitis B among Vietnamese African-American, Hispanic and white adolescents in Worcester, Massachusetts. Pediatrics 1999; 104(5 Pt 2):1212-6.
- 30-La Torre G, De Vito E, Martellucci L, Langiano E, Ricciardi G. Knowledge attitudes and practices regarding sexually transmitted disease among students in 3 high schools in casino. Ann Lg. 2002; 14(3):233-42.
- 31-Habibi A, Delavariyan Z. Title: Evaluation of the rate of knowledge of health care workers toward hepatitis B at Mashhad Dental School 2003. Journal of Mashhad Dental School Mashhad University of Medical Sciences 2005; 29: 35-44.
- 32-Eslami MR. Knowledge and attitudes of final year medical students and nursing and health care workers to hepatitis B transmission pathways. Journal of Birjand University of Medical Sciences 1996;4 (10&11): 63.
- 33-Shahbaz MA, Shahbaz F. The prevalence of hepatitis C virus infection in dentists of Yazd and assessment of their knowledge about hepatitis. Journal of Dental Medicine 2003; 17(1):55-9.



- 34-Tibdewal H, Barad P, Kumar S. Comparing Dental and Medical student's knowledge and attitudes toward Hepatitis B, C and HIV infected patients in India - A cross-sectional study. *J. Int Oral Health* 2009; 1: 20-32.
- 35-Jokhio AH, Bhatti TA, Memon MS. Knowledge, attitudes and practices of barbers about hepatitis B and C transmission in Hyderabad Pakistan. *EMHJ* 2010; 16(10):1079-84.
- 36-Zibandeh H, HosseiniMoghaddam MM, Yaghmaei F, Anysyan A. Knowledge, attitude and peractic service workers about hepatitis B disease in Labbafinejad teaching hospital. *Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services* 2007; 16(57): 43-9.
- 37-Razi A, Rehman R, Naz S, Ghafoor F, AmanUllahKhan M. Knowledge Attitude And Practices Of University Students Regarding Hepatitis B And C. *Journal of Agricultural and Biological Science* 2010; 5(4):38-43.
- 38-Grace X, Carolyn Y, Fang Steven E. Risk Perceptions and Barriers to Hepatitis B Screening and Vaccination among Vietnamese Immigrants. *J Immigrant Minority Health* 2007; 9:213-20.
- 39-Baghianimoghadam MH, Forghani H, Zulghadr R. Rahaii Z, Khani P. Health belief model and HIV/AIDS among high school female students in Yazd, Iran. *J Res Med Sci.* 2010; 15(3):189-90.
- 40-Baghianimoghadam MH, Morowatisharifabad MA, Forghani H, Zulghadr R. Knowledge, Risk perceptions and behavioral intentions for Hepatitis B among Health Managers in Yazd Province (IRAN). *Hepatitis Monthly* 2009; 4(9):317-18.



Beliefs of Health Sector Personnel in Taft District about Hepatitis B: An Application of Health Belief Model

DehghaniTafti A(Ph.D)¹, Farzaneh Z (BS)², Morowatishaifabad MA (Ph.D)³, Mohammadloo A (M.Sc)⁴, Mirzaei Alavijeh M (M.Sc)⁵

1. Instructor, Department of Disease Control, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Iran.

2. BS student, Department of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Iran.

3. Associate Professor, Department of Disease Control, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences , Yazd, Iran

4. MS.c student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Iran.

5. Corresponding Author: MS.c student in Health Education Shahid Sadoughi University of Medical Sciences , Yazd, Iran

Abstract

Introduction: The prevalence of hepatitis B as the second most common cause of acute hepatitis is about two and a half million people in Iran. Personnel of medical groups and individuals who work with blood and body fluids of patients have more than normal population risk of being infected. Therefore, prevention is important in this group. One of the models of behavior change in health education is health belief model that focuses on changing beliefs, these changes will ultimately lead to changes in behavior. The aim of this study was to determining Beliefs of Health Sector Personnel in Taft District about Hepatitis B based on health belief model.

Methods: This study was a cross sectional study among 351 Health Sector Personnel Taft city in census method. Questionnaire made thirty-three valid and reliable questions ($\alpha=0.83$) based on the structure of health belief model was in two parts. Including demographic with six questions and questions related to health belief model structures, including knowledge seven question, four items perceived susceptibility, five items perceived severity, three items perceived benefits, four items perceived barriers and four questions about cues to action. then complete the questionnaire in self report data were analyzed by SPSS-18 by use of descriptive and analytical such as Pearson correlation, ANOVA, T- test in $\alpha=0.05$.

Results: Mean age of participants 35.03 ± 8.13 . Mean score in each of the structures were, knowledge 11.73 ± 2.67 (range score 0-14), perceived susceptibility 15.41 ± 3.1 (range score 4-20), perceived severity 15.17 ± 2.84 (range score 5-25), perceived benefits of 12.59 ± 3.49 (range score 3-15), perceived barriers 10.68 ± 2.6 (range score 4-20) and cues to action 2.66 ± 1.35 (score range 0-4). There were correlation between the susceptibility and knowledge ($r=0.498^{**}$, $P<0.001$). There were a Significant relationship between level of education and knowledge mean score ($P<0.001$), perceived susceptibility ($P<0.001$), perceived benefits ($P=0.02$), cues to action ($P=0.036$). Also there were significant relationships among the work place participants and knowledge ($P=0.028$), perceived intensity ($P=0.001$), perceived benefits ($P<0.001$) and cues to action ($P<0.001$).

Conclusion: Opinions of the participants were at acceptable levels but attention to the several precarious conditions of these people and the importance and necessity of continuing education about prevention to transmission of disease therefore is recommended continuing education about learning related subjects and how to deal with patients and their care.

Keywords: Hepatitis B, Health Belief Model, Health Sector Personnel.